

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901 — N° 23

LE

GOITRE LINGUAL

Étude Clinique et Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges ARMEILLA

Né à Le Blanc (Indre), le 22 Février 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900

LE GOITRE LINGUAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901 — N° 23

LE
GOITRE LINGUAL

Étude Clinique et Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1900

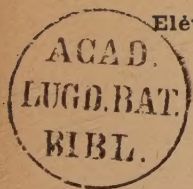
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges ARMEILLA

Né à Le Blanc (Indre), le 22 Février 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR,
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. OLLIER. PONCET. GAYET. FOCHIER. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales.		
Clinique obstétricale et Accouchements.		
Clinique ophtalmologique.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique des maladies mentales.		
Physique médicale.		
Chimie médicale et pharmaceutique.		
Chimie organique et Toxicologie.		
Matière médicale et Botanique.		
Parasitologie.		
Anatomie.		
Anatomie générale et Histologie.		
Physiologie.		
Pathologie interne.		
Pathologie externe.		
Pathologie et Thérapeutique générales.		
Anatomie pathologique.		
Médecine opératoire.		
Médecine expérimentale et comparée.		
Médecine légale.		
Hygiène.		
Thérapeutique.		
Pharmacologie.		

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants.	WEIL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON(A.), —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique,	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE. ROQUE. ROUX, POLLOSSON (A.). ROCHET. ROLLET.	MM. CONDAMIN. DEVIC. COLLET. BOYER, BARRAL. MOREAU.	MM. VALLAS. SIRAUD. DURAND. DOYON. PIC.	MM. PAVIOT. NOVÉ-JOSSERAND. BÉRARD. SAMBUC. BORDIER.
--	---	--	---

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M), Président ; ROCHET, Assesseur ;
MM. CONDAMIN et GIRAUD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES ONCLES

A MES AMIS

A M. LE MÉDECIN-PRINCIPAL ANNEQUIN

Sous-Directeur de l'Ecole

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VALLAS

PRÉFACE

Avant d'aborder le sujet de ce modeste travail qui doit consacrer nos premiers pas dans la carrière médicale, nous avons à cœur d'adresser nos remerciements à ceux qui, jusqu'à ce jour, ont bien voulu s'intéresser à nous.

C'est le nom de notre mère que nous traçons le premier et nous l'écrivons avec émotion. Son généreux dévouement, ses sacrifices de chaque heure nous ont fait ce que nous sommes aujourd'hui, et son exquise tendresse qui berça notre enfance sut toujours éloigner le découragement et réconforter notre faiblesse. Au seuil de cet opuscule, nous lui adressons l'hommage filial et profondément respectueux de notre inaltérable affection.

Avant de quitter la Faculté de Lyon, nous sommes heureux d'exprimer notre gratitude à nos professeurs éminents, particulièrement à nos maîtres dans les hôpitaux pendant nos deux années d'externat : M. le professeur-agrégé Rochet, M. le professeur Gailleton, M. le docteur Rabot, qui se sont toujours montrés, à notre égard, de la plus grande affabilité.

M. le professeur-agrégé Vallas daigna nous confier ce travail, nous lui exprimons notre vive reconnaissance.

M. le professeur Pollosson a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. C'est un honneur dont nous ressentons tout le prix et pour lequel nous adressons à ce maître distingué nos plus sincères remerciements.

Merci aussi à nos maîtres militaires qui nous ont témoigné de l'intérêt. M. le Médecin-Principal Pierrot, M. le Médecin-Principal Annequin nous ont donné leurs soins dévoués au cours d'une longue maladie, nous ne saurions assez les assurer de notre respectueuse gratitude.

Nous avons trouvé chez nos camarades de promotion une sympathie que nous ne pouvons oublier.

Le docteur Dautheville a particulièrement droit à nos remerciements pour le service que nous a rendu sa connaissance approfondie de la langue allemande.

Nous dédions ces pages enfin à ceux qui furent particulièrement nos intimes, aux docteurs Autour, Lajoux, Pichon Pons et Roudié. Nous nous plairons à revivre les heures aimables et pleines de gaieté réconfortante que nous vécûmes en commun. Puisse la destinée nous permettre d'atterrir parfois au même port, dans cette vie flottante qui sera la nôtre.

INTRODUCTION

Les tumeurs de la base de la langue ont été, pendant ces dernières années surtout, l'objet de nombreuses recherches, et les travaux récents d'embryogénie ont contribué, pour une large part, à apporter quelque lumière sur ces questions jusque-là si obscures. On est arrivé ainsi à donner une explication simple et plausible de toute une variété de tumeurs, dont la pathogénie était fort délicate à établir et dont on trouva l'origine dans des dispositions embryonnaires. Un deuxième résultat atteint fut le démembrement de cette classe immense des *kystes branchiaux* qui servait de terme générique appliqué indistinctement à des tumeurs de nature différente pourtant et qui avaient surtout de commun l'ignorance où l'on était d'expliquer leur existence. Par suite a vu le jour une classification rationnelle des tumeurs linguales basée principalement sur leur lieu d'origine et leurs caractères histologiques.

Or, parmi les diverses catégories de tumeurs ainsi individualisées, il en est une, assez bien définie pourtant, qui est restée dans l'ombre, plus délaissée que ses sœurs. Que d'auteurs, en effet, n'accordent pas même une simple mention au goître lingual.

Aussi nous a-t-il semblé utile, d'après les conseils de notre maître éminent, M. Vallas, de combler cette lacune et de faire de cette tumeur intéressante à plus d'un titre, une étude d'ensemble qui n'existe pas dans la littérature médicale, à notre connaissance du moins.

Nous n'avons pas songé à faire un travail original ; nous ne dirons probablement non plus rien de nouveau « tout est dit et l'on vient trop tard ». Notre ambition s'est bornée à rechercher consciencieusement dans la science tout ce qui a été dit sur le sujet dont nous nous occupons et d'en faire un tout à peu près compact. Nous serons suffisamment récompensé de notre labeur si nous arrivons à donner à cette œuvre modeste la clarté et la précision qui lui conviennent, si nous pouvons inspirer l'intérêt du lecteur sur cette curiosité scientifique qu'est le goître lingual.

Nous avons divisé ce travail en trois chapitres. Dans le premier nous exposons sommairement les notions d'embryogénie se rapportant à la région linguale ; elles sont nécessaires pour comprendre la pathogénie du goître de la base de la langue. Cette tumeur, qui présente la structure histologique du corps thyroïde et qui en est indépendante, trouve, en effet, son explication dans le développement de la glande normale.

Dans un deuxième chapitre nous réunirons les observations de goître lingual éparses dans la science et que

nous avons trouvées surtout dans la littérature allemande et anglaise.

Dans une troisième partie, enfin, nous nous efforcerons d'exposer d'une façon aussi complète que possible la pathologie de cette tumeur ; nous en chercherons l'étiologie et la pathogénie, nous décrirons ses symptômes et insisterons particulièrement sur son traitement.

PREMIÈRE PARTIE

NOTIONS D'EMBRYOGÉNIE

FORMATION DES ARCS BRANCHIAUX

Vers la fin de la deuxième semaine après la fécondation on voit apparaître sur les côtés de l'extrémité céphalique de l'embryon quatre bourrelets saillants dits *arcs branchiaux* superposés d'une façon à peu près régulière et séparés par les *sillons branchiaux*. Ces arcs se développent en avant et en dedans en se rapprochant ainsi peu à peu de leurs homologues. Mais ce développement ne se fait pas pour chacun d'eux avec la même rapidité et leur soudure s'effectue successivement de haut en bas. Si donc on fait une coupe verticale et transversale de l'embryon à l'époque où les deux arcs maxillaires viennent de se réunir et que l'on examine la partie antérieure de la région cervicale par la face pharyngée, on constate que les deuxième, troisième et quatrième arcs laissent entre eux, sur la ligne médiane, un espace triangulaire dont le som-

met antérieur répond à la symphyse maxillaire et dont la base est postérieure. C'est le *champ méso-branchial* de His. Au centre de ce triangle se trouve le *bulbe aortique* d'où naissent les *arcs aortiques* appliqués plus tard sur la face interne des arcs branchiaux. Au sommet du champ méso-branchial se développe un tubercule appelé *tuberculum impar* par His. C'est le premier rudiment du corps de la langue ; il apparaît à la même époque qu'une autre saillie, un peu plus postérieure et inférieure (*tubercule laryngé*, *furcula* de His) origine du larynx et de la base de la langue.

FORMATION DE LA LANGUE

La langue provient donc, comme nous venons de le voir, de deux rudiments, l'un antérieur le plus important (*tubercule lingual*, *tuberculum impar*), l'autre postérieur (*tubercule laryngé*). Dans le cours du développement, ces deux bourgeons s'avancent l'un vers l'autre pour se réunir. A cet effet, le tubercule laryngé prend la forme d'un V ouvert en avant entre les bras duquel vient se placer le bourgeon antérieur à la façon d'un coin. Cette disposition embryonnaire laissera comme vestige plus tard le V lingual des papilles caliciformes et le *foramèn cæcum*.

La soudure des deux ébauches linguales ne se fait pas d'une façon uniforme : commençant latéralement, elle gagne peu à peu la ligne médiane qu'elle n'atteindra pas complètement. De cette disposition résultera la formation d'un cul-de-sac médian, situé entre les deux bourgeons

constitutifs de la langue et qui, se développant en même temps qu'eux, constituera ultérieurement un petit conduit épithélial connu en France sous le nom de *canal thyro-lingual* ou *thyréoglosse*, étudié en Allemagne par His, sous le nom de *ductus thyroglossus*; nous y reviendrons bientôt.

FORMATION DU CORPS THYROÏDE

Le canal thyro-lingual contribue à la formation du corps thyroïde. Tandis que son extrémité supérieure vient s'ouvrir à la surface de la langue au niveau du *foramen cœcum*, son extrémité inférieure s'allonge, se bifurque et ses bourgeons constitueront un organe glanduleux qui deviendra la portion moyenne ou *isthme du corps thyroïde*. Les lobes latéraux de cet organe prendront naissance, par une invagination épithéliale, de chaque côté du tubercule laryngé primitif, entre ce tubercule et le quatrième arc branchial, pour se réunir dans la suite à la thyroïde moyenne.

CONDUIT THYRÉOGLOSSE

Ayant ainsi présidé à la formation d'une partie importante de la glande thyroïde, par suite de modifications profondes de sa structure, le canal thyro-lingual poursuivra ainsi son évolution : peu à peu le conduit s'atrophiera et se transformera en un tractus fibreux, le *tractus*

thyreoglossus de His qui, venant du foramen cœcum à la pointe du V lingual, passe entre les deux muscles génio-hyoïdiens, sous le mylo-hyoïdien et se termine au lobe thyroïdien médian. Dans la plupart des cas même, ce cordon fibreux disparaît entièrement et rien ne vient plus rappeler chez l'adulte cette connexion dans le développement de la langue et du corps thyroïde.

Souvent, en revanche, ce conduit embryonnaire qui, d'après His, s'oblitére généralement dans le deuxième mois de la vie utérine, présente des anomalies dans son évolution. Ses destinées seront alors les suivantes: Il peut persister dans toute son étendue; His et Streckeisen ont constaté chez le fœtus et chez l'adulte un conduit perméable allant du foramen cœcum à la thyroïde médiane, dans lequel on pouvait faire pénétrer un stylet très fin. Cette persistance absolue est d'ailleurs d'une excessive rareté.

L'oblitération incomplète du conduit thyroéglasse est au contraire assez fréquente et cette perméabilité peut s'observer en divers points de son trajet. Le plus ordinairement elle siège dans la portion sus-hyoïdienne, donnant ainsi naissance au *canal lingual*, c'est-à-dire à ce conduit découvert par Morgagni en 1742, plus connu cependant sous le nom de *canal de Bochdaleck*, du nom de l'auteur qui l'étudia plus particulièrement (1866). Il trouva 13 fois sur 50 cas examinés un canal de 10 à 15 mm., s'ouvrant au foramen cœcum, de lumière variable, dont la paroi était tapissée par un épithélium à cils vibratiles et pouvant donner naissance à de petits diverticules de même structure. Cette portion intra-linguale du conduit thyroéglasse, terminée en cul de sac à sa partie inférieure, dans

le voisinage de l'os hyoïde, a été fréquemment aussi rencontrée par His, Streckeisen, Marshall, Chemin etc.,.

On a décrit même un trajet fermé à ses deux extrémités dans les tissus de la langue, représentant en somme le conduit précédent qui se serait oblitéré à sa partie supérieure.

Disons encore, que le canal thyroéglasse peut aussi rester perméable dans sa partie inférieure et constituer de cette façon un conduit allant de l'isthme thyroïden vers l'os hyoïde qu'il peut atteindre.

Tel est sommairement décrit d'après His, le mode de développement de la langue et du corps thyroïde. Les recherches de cet éminent embryologiste datent de quelques années à peine et ses conclusions font partout autorité. A peine quelques auteurs comme Kauthack se sont élevés contre elles. Mais les affirmations de ce dernier ont été refutées par des recherches ultérieures (1).

GLANDES THYROIDES ACCESSOIRES

Le mode de développement de l'organe thyroïdien tel que l'a compris His a l'avantage d'expliquer, d'une façon la plus simple, la formation des glandes thyroïdes accessoires.

Nous nous trouvons, en effet, en présence d'un conduit qui, partant de la surface de la langue, s'enfonce dans l'épaisseur de cet organe, descend dans la région cervicale antérieure pour y former la thyroïde médiane. Les modi-

(1) Voir Chemin (thèse de Bordeaux 1895).

fications histologiques qu'il subit pour cela se produisent-elles un peu plus haut que normalement ? On assistera à la formation de la corne médiane, de la *pyramide de Lalouette* qui prolonge en haut l'isthme thyroïdien. Il est facile, d'autre part, de concevoir que, sous certaines influences obscures, au cours de son développement, ce canal thyroéglosse puisse former en divers points de son trajet de petits diverticules qui se brancheront sur le conduit principal dont ils subiront l'évolution.

Autrement dit, ces conduits accessoires se transformeront en follicules glandulaires à structure identique à celle de la glande qui provient des rameaux par lesquels le conduit thyro-lingual plonge en avant du cou.

Ainsi se trouve expliquée l'existence de ces petits amas de tissu thyroïdien, de ces *glandes thyroïdes aberrantes* trouvées si souvent dans les tissus de la région peri-hyoïdienne, au cours des dissections minutieuses.

Et ce n'est pas seulement une vue de l'esprit ; Streikeisen qui a étudié la question d'une façon toute spéciale a constaté des relations étroites entre les thyroïdes aberrantes et le canal thyroéglosse, relations constituées par de petits tractus fibreux ne représentant rien autre chose que les vestiges des diverticules émanant du canal thyroéglosse qui se sont oblitérés. Et pourquoi ces relations ne disparaîtraient-elles pas ? De même que l'on voit si souvent la glande thyroïde principale briser toute attache avec le canal thyroéglosse, dont elle provient en partie, et qui disparaît sans laisser comme vestige une pyramide de Lalouette, ni même de tractus fibreux.

Cette explication nous la trouvons dans les travaux de His. « Si une partie du ductus thyroéglossus située assez

loin de la glande thyroïde se maintient pendant que le reste du canal disparaît, il se forme par prolifération épithéliale une glande thyroïde accessoire. Ces glandes peuvent provenir aussi d'un diverticule du foramen cœcum. La canal peut se fragmenter en divers endroits et donner naissance à un chapelet de glandules tel que Kadyi l'a observé. »

Streikeisen exprime la même idée : « Il semble que ces glandules soient des parties détachées par étranglement d'une pyramide qui se dirigerait vers la base de la langue ».

Les thyroïdes aberrantes peuvent donc être rencontrées sur toute l'étendue de la région parcourue par le canal thyro-lingual. Les auteurs en ont fait plusieurs classifications. Chemin, dans sa thèse inaugurale, propose la division de ces glandes en trois catégories : les glandes sus-hyoïdiennes, les péri-hyoïdiennes et les sous-hyoïdiennes. Nous ne nous occuperons que des premières qui intéressent directement notre sujet.

Bien que Zukerkandl et Kadyi réclament l'un et l'autre la priorité de la découverte, c'est bien avant leurs recherches que Verneuil signala une glande thyroïde accessoire à la base de la langue. On peut lire, en effet, le passage suivant qu'il publia dans les *Archives générales de médecine* (1853, page 464) : « Dans ces derniers temps, en disséquant les insertions des muscles de la langue à l'os hyoïde, je rencontrai une petite masse d'apparence glandulaire adhérent fortement à la partie moyenne du bord supérieur de cet os, entre les génio-hyoïdiens et les génio-glosses. Cette masse était rouge, molle, sessile, du volume d'un gros pois, lisse à la surface, d'un tissu homogène.

J'en fis l'examen microscopique et je reconnus la structure de la glande thyroïde ».

Depuis cette découverte, la glande fut plusieurs fois décrite.

En 1879, Zukerkandl écrit : « Je cherchai sur des cadavres d'enfants un organe dont les modifications pouvaient être l'origine des kystes de la région sus-hyoïdienne et le premier cadavre me montra dans cette région, derrière le muscle mylo-hyoïdien et entre les génio-hyoïdiens, une formation hémisphérique, jaune, grosse comme un grain de blé et que, d'après l'aspect et ses rapports avec l'os hyoïde, je reconnus ne point appartenir au groupe des glandes lymphatiques », et plus loin : « La coloration de la glande est variable. Elle est blanc jaunâtre, brun clair ou rouge sombre ; la surface est lisse ou granuleuse et dans ce dernier cas, elle a l'aspect net d'une glande thyroïde ».

Zukerkandl trouva 57 fois sur 200 cette petite glande plus ou moins développée sur la convexité de l'os hyoïde aux environs de la ligne médiane.

Kadyi (*in Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1879, page 313) s'exprime ainsi : « Dans les préparations minutieuses des muscles de la langue et notamment de leurs insertions à l'os hyoïde, je remarquais dans un cas un corpuscule glandulaire de la grosseur d'un grain de blé situé entre les insertions des deux génio-hyoïdiens au corps de l'os hyoïde. L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un fragment isolé de substance thyroïde... on connaît au corps thyroïde des glandules accessoires, mais qu'une partie de la glande puisse s'étendre jusque dans la région sus-hyoïdienne, ou que des glandes isolées s'y développent, cela n'a été indiqué par personne jusqu'à présent ».

Ainsi la glande thyroïde aberrante linguale est une découverte de Verneuil et non de Kadyi-Zukerkandl. Nous avons plaisir à faire cette correction par simple sentiment de vérité historique, correction que d'ailleurs Grüber et Merten ont faite déjà depuis longtemps.

La glande de Verneuil-Kadyi-Zukerkandl a fait l'objet de recherches récentes. Pour Chemin, alors que les thyroïdes accessoires existent chez les deux tiers d'individus, les sus-hyoïdiennes, de beaucoup les plus rares, n'ont été rencontrées par lui que 5 fois sur 40 sujets examinés. Encore dans deux cas l'examen histologique ne permit pas de se prononcer sur leur nature.

Les glandes thyroïdes accessoires de la base de la langue, présentent les caractères morphologiques suivants, en dehors de leurs modifications pathologiques :

Leur grosseur est variable mais jamais considérable. Ce sont tantôt des granulations à peine visibles, tantôt des corpuscules comparables à des grains de chènevis. Les plus volumineux ne dépassent pas le volume d'un pois.

Leur forme est ordinairement arrondie, leur surface lisse ou granuleuse.

Leurs rapports avec les tissus voisins varient également : elles peuvent être libres de toute connexion, de toute attache avec le squelette, absolument isolées, comme encapsulées, constituant des formations perdues dans la masse musculaire de la langue ; mais généralement elles sont reliées au corps de l'os hyoïde par sur une sorte de ligament plus ou moins épais que l'on doit considérer comme un fragment du tractus thyroéoglosse.

Quant à la vascularisation de ces glandes, elle est distincte de celle du corps thyroïde, leurs artérioles

naissant en effet la plupart du temps des artères linguales.

Les caractères histologiques ne nous arrêteront pas. Tous les auteurs signalent une structure analogue à celle de la pyramide de Lalouette à sa partie supérieure, c'est-à-dire celle du tissu glandulaire embryonnaire.

Quant à la physiologie de ces glandes, elle est la même que celle de la glande principale. Cette identité de fonctionnement a permis d'expliquer pourquoi dans certains cas d'ablation totale du corps thyroïde, les accidents de la cachexie strumiprive ne se sont pas produits. Dans ces cas en effet, les glandes accessoires exerçaient une heureuse suppléance.

Nous verrons deux cas de myxœdème survenu à la suite de l'extirpation de glande thyroïde linguale. Ils prouvent que chez les deux sujets opérés cette glandule aberrante exerçait à elle seule, le rôle important dévolu à l'organe thyroïdien.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tumeur de la base de la langue repoussant l'épiglotte sur le larynx et occasionnant la mort seize heures après la naissance. HICKMAN, (Pathological Transactions 1869, vol. XX, p. 160.)

Le 24 juin 1868, M^{me} C... accoucha d'une petite fille bien conformationnée. L'enfant parut tout d'abord sans vie car elle ne vagissait pas et ne faisait aucun mouvement respiratoire. Des frictions et un bain chaud purent établir la respiration spontanée qui se continua pendant toute la nuit mais faiblement. L'enfant chercha à téter mais ne put garder le bout du sein dans la bouche. Comme elle asphyxiait, un médecin fut mandé en toute hâte le matin. Il constata dans la bouche de la fillette une tumeur volumineuse qui s'étendait sur toute la partie postérieure de la langue et donnait la sensation d'une énorme épiglotte tuméfiée. Introduisant le petit doigt dans la cavité buccale, il attira la tumeur en avant, créant ainsi un espace libre entre elle et le voile du palais, et pratiqua la respiration artificielle sans que l'enfant puisse revenir à la vie. On ne pouvait songer à faire la ligature et l'excision de la tumeur dont on ne pouvait déterminer les rapports profonds.

A l'autopsie, on constata à la partie médiane de la base de la langue, dans la portion qui descend verticalement dans le pharynx, une tumeur ronde, bien délimitée, mesurant trois quarts de pouce de diamètre sagittal, d'un demi-pouce transversalement, et faisant sur la langue une saillie d'également un demi-pouce; dure, irrégulière, elle repoussait en arrière l'épiglotte qui, devenue horizontale, obstruait complètement la glotte. Elle s'enfonçait profondément dans l'épaisseur de la langue et se distinguait de celle-ci par sa couleur plus claire et son tissu plus mou et plus fongueux.

L'examen histologique montra que cette tumeur avait une structure identique à celle des goîtres folliculaires. Elle était très riche en vaisseaux sanguins.

OBSERVATION II

Observation de LUCKE, publiée par MERTEN (in archiv fur Anatomie und Physiologie 1879, p. 483).

Un écrivain présentait depuis son enfance une tumeur au voisinage de l'os hyoïde.

Depuis un an elle avait grossi considérablement, occasionnant au jeune homme de fortes douleurs lorsque, s'appliquant à son travail, il avait la tête penchée sur la table.

De la grosseur du poing, située sur la ligne médiane de la région sous-mentonnière, mobilisable, cette tumeur se sentait très bien dans la bouche et sa base était située dans la racine de la langue. On supposa que l'on avait affaire à un kyste dermoïde ou à un fibrome adhérent à l'os hyoïde.

Incision verticale sus-hyoïdienne; la tumeur est isolée, sans hémorrhagie notable. Pas d'adhérence à l'os hyoïde. Guérison au bout de six semaines.

A l'examen histologique: tissu thyroïdien, substance colloïde.

OBSERVATION III

Adénome tubulaire à la face dorsale de la racine de la langue. —
PARKER (*Pathological Transact.* 1881, vol. XXXII, p. 238)

Chez une jeune fille de 16 ans 1/2, on trouva immédiatement devant l'épiglotte une tumeur grosse comme une petite noix, hémisphérique, proéminente, recouverte d'une muqueuse richement vascularisée, dure au toucher et légèrement élastique.

En juin 1877, la tumeur fut divisée en deux parties et chacune fut extirpée séparément. Une portion ayant été laissée cependant, on trouva, en décembre 1878, à la place de l'ancienne tumeur, une nouvelle formation grosse comme la moitié de la précédente.

En 1881, elle s'était notablement amoindrie et au bout de quelque temps, Parker fut informé que la malade était rétablie et conservait à peine une légère gêne.

A l'examen microscopique, structure d'un adénome tubulaire.

OBSERVATION IV

L'origine du foramen cecum montrée par une opération sur une tumeur rare de la base de la langue, — BERNAYS (*Saint-Louis Medical and Surgical Journal*, okt, 1888).

Une jeune fille de 17 ans présentait depuis six mois une tumeur qui occasionnait des troubles de la phonation et de la déglutition. Placée sous le menton, elle se prolongeait sur le dos de la base de la langue où il était possible de la voir et de la sentir. Elle se composait de deux parties distinctes : la supérieure grosse comme une cerise, l'inférieure comme un petit œuf. A la surface de la première

se trouvait une dépression en forme de canal ayant un demi-centimètre de profondeur et répondant au foramen cœcum. La moitié environ de cette tumeur recouverte par la muqueuse faisait saillie dans l'aire du gosier, tandis que l'autre moitié était plongée entre les muscles de la langue. Quant à la tumeur inférieure, immédiatement en rapport avec la précédente, elle était exactement médiane et entourée par le tissu musculaire lingual.

Incision du bord du maxillaire inférieur à l'os hyoïde. Enucléation.

A l'examen microscopique, structure normale du corps thyroïde.

OBSERVATION V

Un cas de corps thyroïde accessoire à la base de la langue. — WOLF (Archiv für Klinische Chirurgie, Bd XXXIX, p. 224, 1899).

Une jeune fille de 18 ans se plaignait depuis sa douzième année d'une certaine gêne dans le gosier, survenue à la suite d'une atteinte de coqueluche.

Wolf vit la malade pour la première fois en octobre 1888. Elle accusait un certain gonflement du cou ; la gêne de la déglutition avait augmenté. A l'inspection simple de la cavité buccale on ne distinguait rien. L'examen laryngoscopique permettait de distinguer sur le côté gauche de la base de la langue une tumeur dont la couleur tranchait sur celle du reste de l'organe.

Le toucher digital donnait la notion d'une masse indurée occupant la partie gauche de la base de la langue, s'étendant jusque sur la ligne médiane pour se perdre vers le milieu de l'épiglotte en descendant vers le pharynx. Wolf fit un traitement ioduré énergique qui parut tout d'abord être suivi de succès : la malade avait moins de gêne, pouvait plus facilement déglutir et la sensation de corps étranger n'était plus aussi prononcée. Mais la tumeur recommença

tout à coup à croître. De nouveau sensation de constriction au cou et déglutition pénible. Retour à l'hôpital en janvier 1889.

Au commencement de février, intervention de Wolf : trachéotomie préventive, ligature des artères linguales, section du maxillaire. La muqueuse buccale incisée, l'arc palatoglosse sectionné, la tumeur put être facilement amenée au dehors et extirpée. La malade se leva très rapidement et présenta seulement une légère difficulté de la prononciation qui disparut dans la suite.

La tumeur avait les dimensions d'une pièce de deux marcks ; elle pénétrait à l'intérieur des tissus de la langue.

Les recherches de Fränkel montrèrent que sa structure était celle du tissu thyroïdien.

OBSERVATIONS VI ET VII

Deux cas de tumeur glandulaire de la langue. BUTLIN (Clinical Societys Transact. 1890, p. 118, et Brit. Med Journ. 1890, p. 545).

1. — Une femme de 32 ans présente une tumeur linguale dont elle ne peut préciser la date d'apparition mais qui occasionne de la gêne depuis un an. La langue étant tirée on aperçoit la tumeur grosse comme un œuf de poule recouverte par la muqueuse. Consistance dure et élastique. Ponction qui détermine une forte hémorrhagie. Le néoplasme semblait avoir envahi l'épiglotte ; on fait le diagnostic de sarcome probable de la base de la langue ou de l'épiglotte.

Le 6 mars 1889, trachéotomie avec la canule tampon. La langue est tirée au dehors. La muqueuse est incisée sur la tumeur, décollée tout autour, le néoplasme lui-même arraché partiellement avec la curette et le doigt. Hémorrhagie assez considérable.

Le 27 mars, à l'examen laryngoscopique, on se rendit compte de la situation exacte de la tumeur qui était placée à un demi-pouce de l'épiglotte absolument normale.

En juin, nouvelle tumeur grosse comme un petit œuf, la malade ne voulut pas d'opération. Le 8 novembre son volume avait diminué.

2. — Une femme de 27 ans avait depuis quatre ans de fréquentes hémorrhagies. Depuis deux ans, tumeur à la langue, qui fut ponctionnée et donna beaucoup de sang. Pendant les neuf derniers mois, gêne de la déglutition et troubles de la parole. Cette tumeur avait la même situation que la précédente, mais elle était plus petite,

29 mai. Ablation de la tumeur avec l'anse galvanocaustique. Hémorrhagie considérable.

10 juin. La malade quitte l'hôpital.

Six mois après, une partie de la tumeur qui n'avait pas été extirpée avait légèrement grossi. Butlin est d'avis qu'elle était de nature thyroïdienne de même que la première.

OBSERVATION VIII

Zur Kasuistik der accessorischen Schilddrüse. — STAELIN (Jahrbücher der Hamburgischer Staats-Krankenanstalten. 1891-92, p. 413).

Une femme de 77 ans, depuis 30 ans à l'hôpital des vieillards, mourut après être restée peu de temps alitée et sans que le simple examen de la bouche ait décelé quelque chose d'anormal. A l'autopsie on trouva un carcinome de la face antérieure de l'estomac avec noyaux secondaires dans le foie. En examinant le larynx on découvrit à la base de la langue une tumeur que l'on considéra d'abord comme une généralisation du carcinome, hypothèse qui fut ensuite écartée.

La tumeur, grosse comme une noix, se trouvait au milieu de la base de la langue, s'étendant du tiers postérieur de celle-ci à l'épiglotte. De consistance dure, elle plongeait dans les tissus de la langue. La pression faisait sourdre de diverses cavités un liquide séro-muqueux. La muqueuse qui la recouvrait absolument normale s'en détachait facilement.

L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par du tissu thyroïdien typique.

OBSERVATION IX

Un cas de glande thyroïde accessoire à la base de la langue.— COLLINS WARREN (*the American Journal of the Medical Sciences*. 1892, p. 104).

Une femme de 52 ans entra à l'hôpital en avril 1892, pour une tumeur de la langue. Elle l'avait remarquée 22 ans auparavant environ, peu après la naissance de son troisième enfant. A cette époque en effet, elle eut une bronchite et un médecin constata l'existence de la tumeur. Celle-ci s'accrut lentement mais d'une façon continue. L'hiver précédent cependant, au cour d'une grippe, elle avait beaucoup grossi et s'était enflammée ; puis elle parut descendre vers le larynx déterminant par irritation une toux fréquente. La ménopause qui datait de 5 ans, n'avait produit sur elle aucune modification appréciable.

A l'examen de la gorge on constata une tumeur grosse comme un œuf de poule à la base de la langue. Le miroir laryngé et le toucher digital montrèrent qu'elle était distincte de l'épiglotte. A sa surface recouverte par une muqueuse normale on distinguait de nombreux vaisseaux volumineux et tortueux. Elle devenait visible au simple examen seulement lorsque la langue était violemment tirée au dehors.

Opération (4 mai 1892). Après éthérisation et écartement des mâchoires, la langue est fortement tirée à l'aide de deux fils qui traversent sa base. La tumeur peut être ainsi amenée entre les incisives. Incision médiane. Enucléation facile du néoplasme. Excision de la portion exubérante de la muqueuse, puis suture au catgut. Trois vaisseaux durent être liés à cause de leur volume considérable. Guérison en 15 jours. Trois mois après pas de récédive.

La structure de la tumeur était celle de la glande thyroïde avec dégénérescence colloïde.

OBSERVATION X

Goître accessoire de la base de la langue. — A. GALISH (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1894, Bd. 39, p. 560),

Une jeune domestique de 24 ans, sans antécédents goitreux, entra à l'hôpital en avril 1886, pour troubles nerveux. Elle allait mieux au bout de 8 jours, mais on constata qu'elle présentait une tumeur de la grosseur d'une noix, entre l'os hyoïde et le maxillaire inférieur, sur la ligne médiane. Elle l'aurait remarquée pour la première fois la nuit de Noël 1885. A cette époque elle avait dans la région sus-hyoïdienne un nodule de la grosseur d'une noisette qui aurait grossi progressivement. Cette tumeur fut extirpée et reconnue comme un goître aberrant. La malade quitta l'hôpital guérie, trois semaines après. Brusquement, le 17 avril 1887, après le dîner de midi, la jeune fille eut la sensation d'un corps étranger dans la gorge et rejeta dans un accès de toux environ un quart de litre de sang noir. Les hémorragies se répétèrent ensuite, mais sans effort de toux ni de vomissements, et la malade perdit ainsi à peu près un litre et demi de sang. Un médecin fit le diagnostic d'hémoptysies et envoya sa cliente à l'hôpital où elle fut reprise d'hémorragies pendant plusieurs jours. Comme on ne trouva rien du côté des poumons non plus que de l'estomac, on écarta l'hypothèse d'hémoptysies.

Le 18 avril, la voix s'altéra profondément, mais le simple examen de la cavité buccale fut négatif et l'examen laryngoscopique ne peut être pratiqué à cause de l'affaiblissement de la malade. Il en fut ainsi pendant 8 jours. Jamais de gêne respiratoire. Les hémorragies cessèrent, mais la faiblesse persista longtemps. Au bout d'un mois et demi, avec le miroir laryngé, on découvrit une tumeur semblant se détacher de la base de la langue, en arrière des " papillae circumvallatae " grosse comme une cerise, arrondie et lisse, recouverte d'une muqueuse rouge foncée, parcourue de vaisseaux bleuâtres. En déprimant la base de la langue avec une spatule, on pouvait apercevoir la partie antérieure du néoplasme. Sa

consistante était fluctuante, une ponction exploratrice ne retira que du sang. On posa le diagnostic de goître aberrant. Opération (8 juin 1887), trachéotomie avec la canule tampon de Trendelenburg. Le corps thyroïde fut reconnu normal. Incision en T dont la branche horizontale fut menée entre l'os hyoïde et le maxillaire inf. de l'une à l'autre des branches montantes, de celui-ci. Section des parties molles et du corps de l'os hyoïde en son milieu. On eut ainsi un jour suffisant pour extirper la tumeur qui plongeait profondément dans la musculature de la langue. Hémorrhagie abondante. La malade sortit guérie le 6 juillet. 6 ans après il n'y avait pas récidence.

L'examen microscopique montra que la structure du néoplasme était celle du tissu thyroïdien, mais extrêmement riche en vaisseaux sanguins.

OBSERVATION XI

Adénome de la langue. BABER (communication à la Société de laryngologie de Londres, 10 octobre 1894).

Une jeune fille de 16 ans se plaignait depuis 9 mois d'une tumeur linguale qui, extirpée avec l'anse galvanocaustique, récidiva aussitôt. Elle apparut alors comme une masse molle et irrégulière à la base de la langue quand on abaissait celle-ci avec une spatule. Sous le microscope, elle montra une structure tout à fait semblable à celle du tissu thyroïdien, sans kystes ni formations tubulaires.

OBSERVATION XII

Un cas de glande thyroïde accessoire faisant saillie dans la bouche.

ILRAITH (*Brit. Méd. Journal* 1^{er} décembre 1894, p. 1234).

Une jeune fille de 17 ans entra à l'hôpital le 2 juin 1894 pour une tumeur de la base de la langue qui avait été découverte deux mois auparavant par son maître de chant. Placée près du foramen cœcum, elle était grosse comme une petite noix et elle s'étendait surtout à droite. De consistance demi-élastique, immobile sur les tissus profonds de la langue, elle reposait en arrière sur l'épiglotte et quand la langue était tirée, elle touchait la base de la luette et le voile du palais. Le corps thyroïde était normal.

Par la bouche, la langue étant fortement tirée, la muqueuse fut incisée avec des ciseaux courbes et la tumeur arrachée avec des pinces. L'hémorrhagie fut considérable. Guérison au bout de dix jours. L'examen histologique montra que la tumeur avait l'aspect et la structure du corps thyroïde.

OBSERVATION XIII

Goître accessoire de la base de la langue, LYMPIUS (deutsche zeitschrift für chirurgie, Bd 44, p. 451, 1897.

Une femme de 36 ans présentait depuis deux ans à la base de la langue une tumeur qui avait grossi progressivement et occasionnait une gêne légère de la parole et de la déglutition. Depuis plusieurs années aussi sensation d'étouffement et enrouement.

En avril 1894, hémorrhagie suivie d'augmentation de vol de la tumeur ; en juin, un médecin l'incisa et évacua une grande quantité

de sang, puis nouvel accroissement de vol. A son entrée à l'hôpital, la malade parlait comme si elle avait une bille dans la bouche et déglutissait fréquemment. On remarqua sur le milieu de la base de la langue une tumeur grosse comme une prune, incompressible, à surface lisse parcourue de vaisseaux, atteignant presque la paroi postérieure du pharynx, repoussant l'épiglotte qui ne pouvait être sentie par le doigt ni vue avec le miroir. On fit le diagnostic de goître accessoire.

Opération (8 août 1896). Trachéotomie avec la canule-tampon. La bouche maintenue ouverte, les muscles palatoglosses sectionnés, la tumeur devint accessible et son enveloppe incisée, facilement énucléable sauf à sa base dont le dégagement occasionna une forte hémorrhagie. La malade sortit guérie le 1^{er} décembre.

Dans sa totalité, la tumeur était grosse comme une noix et formée de follicules tapissés par un épithélium aplati, en partie creusés de petites cavités remplies de substance colloïde.

OBSERVATION XIV

Un cas de thyroïde accessoire à la base de la langue. Production d'un myxœdème après son extirpation. — SELDOWITSCH (Centralblatt von Chirurgie, 1897, p, 499).

Une jeune fille de 14 ans présentait à la base de la langue, près du foramen cœcum, une tumeur ronde, lisse, assez dure, de la grosseur d'une cerise, faisant saillie sur le dos de la langue, fermant l'isthme du gosier et occasionnant une gêne assez considérable.

La malade ne pouvait donner de renseignements précis sur la date de son apparition, mais la gêne datait de quelques mois. Le néoplasme fut extirpé avec l'anse galvano-caustique. Il présentait la structure du corps thyroïde, étant formé de follicules disposés régulièrement avec un contenu colloïde.

Sept mois après l'opération, la malade revint à l'hôpital avec tous les signes d'un myxœdème. Le corps thyroïde ne pouvait être senti au cou.

OBSERVATION XV

Goître de la base de la langue, Myxœdème après son extirpation. Cas de KRASKE cité par VON CHAMISSO (in Bertrâge Zu Klin, Chir., 1897).

Ce cas concerne une femme de 37 ans, atteinte de crétinisme, et chez laquelle on constatait l'absence complète de corps thyroïde. L'inspection de la bouche ne fit rien découvrir de particulier à première vue.

Cependant en attirant fortement la langue en avant, on aperçut à la base de cet organe et un peu à droite, une tumeur grosse comme une noix sur laquelle faisait saillie un réseau de grosses veines. Surface lisse, consistance partie dure, partie fluctuante. L'examen laryngoscopique était rendu impossible par la présence du néoplasme. Kraske admit comme probable le diagnostic de goître lingual et décida son extirpation.

Chloroforme, ouvre-bouche, traction de la langue jusqu'à ce que la tumeur apparaisse entre les arcades dentaires. La ponction est négative pour une partie tandis que l'autre moitié fournit un liquide jaune et légèrement trouble. La langue étant ainsi fixée, Kraske fit la trachéotomie et put se rendre compte que le corps thyroïde faisait complètement défaut. Il procéda ensuite à l'énucléation. Quatre mois plus tard, légers symptômes de myxœdème pour lequel on institua le traitement thyroïdien. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur de nature thyroïdienne, formée en quelques-uns de ses points de tissu thyroïdien embryonnaire tandis que dans d'autres, elle offrait les caractères du goître ordinaire, notamment ceux de la dégénérescence colloïde.

OBSERVATION XVI

Tumeur de la langue présentée par TREITEL à la Société de Médecine berlinoise (séance du 25 mai 1898).

Il s'agissait d'une femme présentant une tumeur située à la base de la langue ; lisse, elle existait depuis vingt ans, occasionnant seulement de la gêne de la déglutition. Treitel pense qu'il s'agissait d'un goître lingual dont il n'a pas conseillé l'extirpation en raison des troubles peu appréciables qu'elle déterminait. Le larynx était indemne et l'épiglotte mobile.

OBSERVATION XVII.

Un cas de glande thyroïde linguale. — POSTHUMUS MEYJES (Société belge d'otologie et de laryngologie, séance du 4 juin 1899).

P. Meyjes communique l'observation d'une femme de 24 ans qui a depuis l'enfance la sensation d'une pomme de terre logée dans la gorge. Parents sains, pas d'affection antérieure. Elle expectore de temps en temps des mucosités sanguinolentes en râclant pour ainsi dire son pharynx. Intelligence normale. A l'examen, tumeur hémisphérique occupant la moitié droite de la base de la langue, insérée derrière les papillae circonvallatae jusqu'à 3 centimètres en arrière dans le sens médian. Surface plus foncée que la région environnante avec quelques vaisseaux dilatés, non douloureuse, lisse, immobile, hauteur 2 centimètres $1/2$.

Quelle est sa nature ? Ce n'est pas un kyste (absence de fluctuation), ni une tumeur maligne (ancienneté), mais très probablement une glande thyroïde accessoire, car on ne retrouve pas le corps thyroïde. L'excision n'a pas été faite.

OBSERVATION XVIII

Tumeur thyroïde accessoire à la base de la langue. SCHALDE, (association américaine de Médecine. Congrès de Colombo. 6-10 juin 1899).

La tumeur existait depuis six mois avant le début de l'observation. Située à la base de la langue elle augmentait de volume au moment des règles et devenait vasculaire.

L'Electrolyse le fit diminuer d'un tiers, mais une hémorrhagie abondante survenue à ce moment obligea à interrompre ce traitement. La tumeur fut finalement extirpée.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une glande thyroïde accessoire.

OBSERVATION XIX

Tumeur thyroïdienne de la base de la langue. Extirpation par la voie trans-hyoïdienne. VALLAS, (Revue de Chirurgie, 10 mai 1900)

Jeune fille de 20 ans, entrée dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse en juin 1895. Elle se plaint de gêne considérable pour avaler. En même temps on remarque que le timbre de la voix est altéré et rappelle celui des malades atteints de grenouillette. L'examen direct montre la présence d'une tumeur située dans la base de la langue, tout contre l'os hyoïde et légèrement plus volumineuse à droite qu'à gauche, elle fait saillie sur le dos de la langue au niveau du V lingual, en arrière du forum cœcum, et soulève légèrement la région sus-hyoïdienne. Elle est du volume d'une petite noix, rénitente, non douloureuse à la pression.

Je fis le diagnostic de kyste du canal thyro-glosse.

Juin 1895. J'essayai d'aborder la tumeur par la voie sus-hyoïdienne latérale droite, son siège reculé m'interdisant toute tentative d'ablation par la bouche. Je sectionnai successivement la peau, le muscle hyoglosse, comme pour une ligature de l'artère linguale. Mais plus je m'avançais vers la tumeur, plus celle-ci paraissait s'éloigner. Après une recherche longue et infructueuse, je terminai par un pis-aller, fixant la tumeur par un doigt introduit dans la bouche, je la ponctionnai avec un trocart, et établis un drainage avec quelques crins de Florence ressortant par la bouche. La plaie se cicatrisa bien et la malade quitta l'hôpital améliorée. Au mois de décembre elle revint avec une récurrence ; aussitôt que les crins avaient été enlevés, la tumeur avait recommencé à grossir.

Je venais d'enlever par la voie trans-hyoïdienne un cancer de l'épiglotte. Je résolus d'appliquer cette méthode à ma jeune malade.

L'opération fut faite en décembre 1895 et fut très facile. Dès que la section hyoïdienne fut faite, en écartant les fibres du mylo-hyoïdien, j'arrivai sur la tumeur. Celle-ci fut attirée au dehors entre les deux lèvres de la plaie par la brèche osseuse et je pus l'extirper très rapidement et très complètement.

3 semaines après, le 8 janvier 1896, je présentai la malade à la Société des Sciences Médicales, elle était guérie. Depuis lors il n'y a pas eu récurrence.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire de la Faculté, montra qu'il s'agissait d'un adénome thyroïdien.

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE

I

DÉFINITION. — ÉTIOLOGIE

Le goître lingual est une tumeur strumeuse développée dans les tissus de la base de la langue aux dépens des glandes thyroïdes accessoires que l'on rencontre dans l'épaisseur de cet organe.

C'est une affection rare, comme on le voit par le petit nombre d'observations publiées jusqu'ici. Encore la plupart sont-elles de date récente. Ce fait semble indiquer que la tumeur n'est pas en réalité aussi exceptionnelle qu'elle le paraît au premier abord. Notre avis est que son existence a été souvent méconnue, que l'on a considéré plus d'une fois comme un kyste une formation véritablement thyroïdienne dont l'examen histologique n'a pas été fait.

Déjà, depuis que l'on songe à cette variété de néoplasmes, le cadre si restreint de leur histoire s'est singulièrement agrandi. Maintenant que toute tumeur est l'objet de recherches microscopiques, nous verrons probablement le goître prendre une place importante parmi les tumeurs linguales.

Le fait étiologique le plus frappant, c'est l'influence du sexe sur son développement. Parmi les cas que nous avons pu réunir, un seul se rapporte à l'homme, tous les autres concernent des femmes. L'explication de ce fait est délicate. Peut-être ne faut-il voir là que la prédisposition connue depuis si longtemps de la femme pour le goître ? Avec cette particularité qu'ici la disproportion entre les deux sexes est énorme. Peut-être les glandes thyroïdiennes linguales sont-elles plus fréquentes dans le sexe féminin ? Le fait n'a pas été en tout cas signalé et les statistiques ne disent rien à ce sujet. De toute façon il resterait à expliquer pourquoi chez la femme se développent plus particulièrement ces glandes aberrantes.

L'âge auquel apparaît la tumeur est extrêmement variable : elle a été rencontrée une fois chez un nouveau-né, une fois aussi chez une femme de 77 ans ; mais c'est de 15 à 30 ans qu'elle a été trouvée avec la plus grande fréquence.

Ces données étiologiques de sexe et d'âge ne diffèrent donc pas de celles qui concernent le goître ordinaire. Il est fort probable aussi que les conditions qui accompagnent le développement de la tumeur, que les influences de l'hérédité, du climat, de la constitution sont également les mêmes. Mais cette question ne peut être résolue actuellement à cause du nombre trop restreint des faits observés jusqu'ici.

II

PATHOGÉNIE

L'étude que nous avons faite précédemment de la glande thyroïde linguale nous permet de ne dire qu'un mot sur la pathogénie de la tumeur. -Il y a du tissu thyroïdien dans la langue ; pourquoi ne subirait-il pas les mêmes modifications morbides que la glande principale dont il présente identiquement la structure intime et dont il remplit les fonctions ? On voit souvent, du côté du corps thyroïde, le goître n'envahir qu'un lobe ou qu'une portion de lobe ; depuis longtemps on a décrit des goîtres accessoires ayant pour siège les amas de tissu thyroïdien disséminés dans le cou ; on comprendra de la même façon que, sous les influences encore mystérieuses qui président à la dégénérescence strumeuse, la production pathologique puisse se former aux dépens de la glande accessoire linguale.

Il existe cependant une variété étiologique de goître lingual dont la production s'explique facilement. Lorsque le corps thyroïde est atrophié ou manque totalement, à la glandule aberrante revient la fonction que la glande principale n'exerce plus, d'où son augmentation de volume considérable nécessaire à son rôle compensateur. Ce sera alors une hypertrophie fonctionnelle, simple, sans altération des éléments qui la constituent.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le goître lingual présente les caractères macroscopiques suivants :

Sa situation est caractéristique : il est placé à la partie postérieure de la langue au voisinage du foramen cœcum, soit exactement sur la ligne médiane soit latéralement, ce qui est le cas le plus fréquent, indistinctement à gauche ou à droite.

Sa forme est généralement arrondie ou ovoïde. Son volume varie de la grosseur d'une cerise à celle du poing; ordinairement il est celui d'un petit œuf.

Les contours sont nets, la tumeur est comme encapsulée. Faisant saillie à la surface de la langue, elle plonge également dans l'épaisseur de l'organe sans produire de réaction inflammatoire autour d'elle, sans infiltrer les tissus voisins, de sorte qu'en la saisissant avec les doigts on peut en quelque sorte l'énucléer.

La surface est recouverte par la muqueuse linguale. Celle-ci est saine, lisse et tendue, non interrompue dans sa continuité; seule sa coloration est modifiée : elle prend en effet une teinte claire ou plus foncée qui tranche sur la coloration de la muqueuse voisine. Enfin elle est mobile lorsque la tumeur sous-jacente n'étant pas trop volumineuse ne la distend pas au point de la fixer sur elle.

Sa consistance est très variable : parfois molle, elle est dans d'autres cas très ferme; souvent élastique,

fluctuante, elle a donné la sensation d'une poche liquide qui a été ponctionnée.

Une particularité très importante du goître lingual, particularité qui concerne d'ailleurs également tous les goîtres, c'est sa riche vascularisation. Sa surface est parcourue par de nombreuses veines, volumineuses et tortueuses, formant un lacis serré, et donnant à la muqueuse qui les recouvre une coloration bleuâtre. Ces vaisseaux ne sont pas seulement superficiels; ils pénètrent dans la profondeur de la tumeur, ce qui explique les abondantes hémorrhagies qui accompagnent son extirpation ou sa simple ponction, de même que celles qui surviennent spontanément.

Sur une coupe, le goître paraît entouré d'une membrane conjonctive plus ou moins lâche d'où partent des tractus fibreux plongeant dans le parenchyme de la tumeur qu'ils cloisonnent.

La structure du néoplasme est variable. Dans certains cas elle était absolument semblable à celle du corps thyroïde; la tumeur serait due alors à l'hyperplasie simple du tissu glandulaire: les follicules se sont multipliés, ont augmenté de volume même, mais en conservant leurs caractères normaux.

Plus souvent le tissu glandulaire est dégénéré. Sur une coupe on constate de petites cavités pouvant être visibles à l'œil nu; elles renferment une matière visqueuse, jaunâtre, transparente, ayant l'aspect et la consistance de la gélatine, et qui n'est autre chose que de la substance colloïde que l'on fait sourdre à la pression. On a alors un véritable goître colloïde.

Là dégénérescence kystique a aussi été observée;

elle est due à ce qu'une ou plusieurs vésicules thyroïdiennes subissent un développement plus ou moins considérable, tandis que leur contenu se transforme en une sérosité rosée. Cette dégénérescence peut aller si loin que la tumeur se trouve constituée par une agglomération de petits kystes ou bien par une poche kystique volumineuse qui refoule à la périphérie le tissu thyroïdien resté normal.

En résumé, lorsqu'on considère les caractères histologiques des tumeurs décrites par les auteurs sous le nom de goître lingual, on peut conclure qu'il présente les multiples aspects du goître développé aux dépens du corps thyroïde : on a affaire tantôt à un goître folliculaire, tantôt à un goître colloïde ou kystique. On a décrit également la transformation fibreuse et même l'infiltration calcaire d'une portion plus ou moins considérable de la glandule thyroïdienne linguale.

Ces formes diverses de dégénérescence expliquent les sensations variables que la tumeur fournit au toucher et les aspects variés des coupes. Elles sont également la cause des interprétations différentes de ceux qui observeront ces tumeurs. Disons enfin que ces différents types sont réunis dans le même goître qui présentera par conséquent ici un noyau parenchymateux, là un nodule fibreux, à côté enfin une masse colloïde ou kystique ; par suite une coupe de ce tissu strumeux ne pourra avoir aucune homogénéité.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le goître lingual traduit sa présence par des troubles fonctionnels et des symptômes physiques.

Les troubles fonctionnels consistent dans la gêne des différentes fonctions de la bouche. Ils ont une intensité évidemment variable avec le volume de la tumeur et l'âge du malade. Ainsi, dans le premier cas que nous avons rapporté et qui concerne un nouveau-né, la gêne était si considérable que l'enfant ne pouvant ni respirer, ni s'allaiter, mourut quelques heures après sa naissance.

Mais ce cas est exceptionnel ; presque toujours les porteurs de goître lingual sont des adultes et, par suite des dimensions de la cavité buccale, les troubles fonctionnels ne surviennent qu'assez tardivement. Ils n'ont d'ailleurs rien de la pathognomonique : ils sont communs à toutes les tumeurs de la bouche puisque, purement mécaniques, ils résultent d'une obstruction plus ou moins complète du conduit bucco-pharyngé ou bucco-laryngé.

Le premier phénomène qui attire généralement l'attention du malade est une sensation de gêne, de plénitude dans le gosier, sensation analogue à celle que produirait un corps étranger et qui occasionne un fréquent besoin de déglutir,

La mastication est gênée par l'augmentation du volume de la langue qui se meut difficilement.

La déglutition peut être également très pénible.

La respiration n'est troublée que dans les cas de

tumeurs énormes ; il est possible alors que l'épiglotte soit repoussée en arrière et vienne obstruer l'orifice glottique. La gêne respiratoire dans ces conditions est telle qu'elle peut entraîner l'asphyxie.

La phonation est la fonction dont on a relaté le plus fréquemment l'altération. Les modifications de la voix ont été parfois les seuls troubles observés et donnant lieu à l'examen laryngoscopique, ils ont permis de découvrir le corps du délit. La parole peut être simplement gênée, embarrassée ; dans d'autres cas, elle est absolument couverte et indistincte.

On a signalé encore des quintes de toux dues à l'irritation de l'épiglotte par la tumeur voisine.

L'exagération de la salivation reconnaît la même origine irritative,

Il faut ajouter que l'affection est d'une indolence absolue.

Les symptômes objectifs sont beaucoup plus caractéristiques. Il faut citer, en premier lieu, les hémorrhagies qui, bien qu'inconstantes, ont été notées très souvent. Les grosses veines qui sillonnent la tumeur, à peine protégées par la muqueuse dont elles sont recouvertes, continuellement soumises aux traumatismes des aliments pendant la mastication, se laissent facilement déchirer. Ces hémorrhagies présentent des caractères spéciaux : elles ne sont accompagnées ni de quintes de toux, ni d'efforts de vomissements, mais surviennent spontanément sans que le malade ne soit averti par autre chose que par l'irruption du sang qui, sans douleur, sans cause apparente, lui emplit la bouche.

C'est à ce moment que le malade effrayé vient consulter

le médecin. Celui-ci ne trouvant rien du côté de l'estomac ou du poumon pouvant expliquer l'accident, constatant que la muqueuse nasale est saine, est alors amené à examiner la cavité buccale.

Le simple examen de la bouche ne permet pas souvent d'apercevoir la tumeur. A peine constate-t-on un gonflement plus ou moins prononcé à la racine de la langue. Pourtant, en recommandant au malade de tirer fortement celle-ci, ou mieux encore d'en projeter en avant la partie postérieure en faisant des efforts comme pour vomir, il sera généralement possible de voir la tuméfaction se dessiner à la surface de l'organe.

Bien plus précis sont les renseignements fournis par l'examen laryngoscopique. Grâce au miroir on reconnaîtra les détails que nous avons exposés au paragraphe consacré à l'anatomie pathologique du goître. On constatera en particulier à la surface de la tumeur le lacis veineux presque caractéristique et parfois aussi des vaisseaux béants lorsqu'une hémorrhagie s'est produite récemment.

Le toucher digital complètera les notions données par le miroir laryngé. On se rendra compte que la tumeur n'est pas douloureuse à la pression, toujours facile à délimiter, qu'elle est élastique, généralement ferme et parfois fluctuante en totalité ou en plusieurs points de sa surface.

Il est rare que la néoformation fasse saillie dans la région sus-hyoïdienne. Si cependant son volume est considérable, cette région peut être déformée, saillante, et la palpation donnera la notion d'une tumeur qui fuiera sous le doigt et qui, au premier examen, s'affirmera comme n'étant pas développée dans les parois du cou.

Poussant plus loin ses investigations, le praticien ne pourra trouver aucun engorgement en rapport avec le néoplasme lingual; mais son attention pourra être éveillée par l'existence d'autres productions strumeuses développées par exemple aux dépens de glandes thyroïdes aberrantes de la région sus ou sous-hyoïdienne.

Quant au corps thyroïde, il sera normal ou hypertrophié; il peut enfin ne pas être découvert par la palpation la plus attentive, détail important tant au point de vue du diagnostic de la tumeur linguale qu'au point de vue de son traitement.

\

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

L'évolution du goître lingual est lente et sa présence peut rester très longtemps inaperçue. Tous les sujets chez lesquels il a été rencontré ont constaté que la gêne qu'ils éprouvent, que les troubles fonctionnels qui sont assez intenses au moment où ils consultent le médecin, ont débuté depuis quelques années, mais ils n'y ont pas prêté une grande attention parce qu'ils étaient à peine perceptibles. Cependant le néoplasme, après être resté latent pendant un laps de temps plus ou moins considérable, va se mettre à croître plus rapidement, entraînant avec lui son cortège symptomatique.

Cette croissance brusque est due à des causes encore mal déterminées. Dans deux cas, une maladie secondaire semble avoir eu une réelle influence sur le développe-

ment de la tumeur. Dans le cas de Wolf, la jeune fille rapporte le début de son affection à une atteinte de coqueluche ; dans celui de Warren, c'est à la suite de la grippe que le malade constata la gêne occasionnée par l'hypertrophie linguale. Peut-être encore n'y eut-il là qu'une simple coïncidence.

Cependant, si l'on constate que c'est la plupart du temps au début de la puberté ou pendant la pleine période de maturité sexuelle que la tumeur a été le plus souvent signalée, on pourra songer que très probablement la menstruation a une influence sur l'accroissement du goître.

Ainsi, la tumeur après être restée stationnaire et silencieuse va s'accroître progressivement. Peut-être pourrait-elle acquérir des dimensions supérieures à celle d'un œuf si l'on ne mettait un terme à son développement par une intervention chirurgicale.

La gêne respiratoire est avec les hémorrhagies, le seul accident redoutable qui vient troubler la marche chronique de l'affection.

Signalons enfin la possibilité de l'absence complète de troubles fonctionnels grâce à laquelle la tumeur ne sera pas diagnostiquée pendant la vie et reconnue seulement à l'autopsie.

Jusqu'ici on n'a pas constaté l'inflammation ou la suppuration du goître, mais on conçoit que ces complications puissent survenir soit spontanément, soit après une intervention intempestive.

IV

DIAGNOSTIC

Le goître lingual peut être méconnu et passer même complètement inaperçu lorsque les troubles qu'il occasionne sont peu accusés ; mais en revanche le diagnostic ne présentera aucune sérieuse difficulté si son cortège symptomatique est au complet. On songera à lui quand on trouvera à la base de la langue une tumeur régulière, indolente, recouverte d'une muqueuse saine richement vascularisée, développée lentement, sans retentissement sur les ganglions ni sur l'état général. Si l'on ajoute qu'il s'agit d'une jeune femme, que le corps thyroïde ne peut être découvert par le palper ou au contraire qu'il a subi un certain degré d'hypertrophie, ou bien encore que d'autres goîtres aberrants existent en avant du cou, aucune hésitation ne sera possible et le diagnostic s'imposera.

Nous insistons sur la valeur symptomatologique des hémorrhagies. Elles peuvent être en effet la seule manifestation du néoplasme et elles ont égaré plusieurs fois les recherches.

Si le malade n'accuse aucune gêne du côté de l'arrière-bouche, le médecin cherchera à expliquer l'hémorrhagie par une lésion du poumon ou de l'estomac bien qu'aucun autre signe ne puisse légitimer en quelque sorte cette erreur. Il faudra donc systématiquement faire l'examen de la cavité buccale lorsqu'un malade se plaindra de cracher ou de vomir du sang, alors que les efforts de toux ou de vomissements manquent totalement.

La présence d'une tumeur dans l'isthme du gosier étant reconnue, on en cherchera le point de départ. Vient-elle du larynx ? Les troubles de la respiration et de la phonation sont précoces et très accentués. Est-ce une tumeur de l'épiglotte ? Le toucher digital et l'examen laryngoscopique permettront de répondre à cette question car dans le cas de tumeur linguale, l'épiglotte est libre quoique repoussée en arrière par la néoformation et elle en est séparée par un sillon appréciable.

La tumeur ayant son point de départ dans la base de la langue, quelle en est la nature ? Est-elle bénigne ou maligne ?

La différenciation du goître d'avec les *tumeurs malignes* se fera avec la plus grande facilité. Celles-ci ont toutes en effet un développement rapide, elles s'accompagnent de douleurs, d'adénopathie cervicale et altèrent l'état général du sujet. Elles ont encore ce caractère commun de n'être pas encapsulées, d'infiltrer les tissus voisins et par suite de n'être pas nettement délimitables.

Le *Sarcome* prend un volume considérable, se ramollit de bonne heure et ne pourra être confondu avec le goître qu'à son début, alors qu'il consiste simplement en un noyau induré.

L'*Epithélioma* se présente avec ses caractères ordinaires d'ulcération végétante, fongueuse, produisant une sécrétion fétide.

Le *Carcinome* se reconnaîtra aussi à l'âge avancé du malade et à ses ulcérations.

Avec les *Tumeurs bénignes*, le diagnostic sera plus délicat, mais la confusion ne portera pas un grand préjudice au malade.

Les *Angiomes* artériels ou veineux sont assez communs à la base de la langue. Ils peuvent donner lieu aussi à des hémorrhagies parfois redoutables. Ils se reconnaîtront à leur coloration violacée ou noirâtre, aux veines volumineuses qui rayonnent autour d'eux et surtout à leur réductibilité, signe pathognomonique.

Le *Fibrome* pur ou mixte, c'est-à-dire associé plus ou moins à du tissu adipeux, musculaire, cartilagineux ou osseux, s'observe surtout chez l'homme. D'abord encapsulé dans les tissus de la langue il finit par se pédiculiser et par former un véritable polype d'aspect caractéristique.

Le *Lipome* présente ici ses caractères habituels de mollesse et de fausse fluctuation.

Les *gommes syphilitiques* ne laissent pas indemnes les tissus voisins, elles finissent par s'ulcérer et de plus s'accompagnent d'autres manifestations de la syphilis.

Les *kystes* de la base de la langue (kystes dermoïdes ou par rétention) représentent réellement la seule difficulté diagnostique car ils ont le même siège et à peu près les mêmes caractères que le goître. Sans doute ils sont nettement fluctuants tandis que la tumeur strumeuse donne une sensation d'élasticité et d'incompressibilité. Mais si cette dernière a subi la transformation kystique, elle s'accompagnera de fluctuation vraie. La présence de veines nombreuses et volumineuses sur la tumeur sera alors un symptôme précieux en faveur du goître.

La ponction exploratrice permettrait aussi dans ces cas de préciser singulièrement le diagnostic. S'agit-il d'un kyste ? L'aiguille conservera une grande mobilité dans sa cavité et en examinant le contenu de la seringue

on trouvera soit la bouillie épaisse caractéristique du kyste dermoïde, soit un liquide filant, visqueux, renfermant des cellules cylindriques à cils vibratiles, dans le cas de kyste formé aux dépens du tractus thyroïdial. S'agit-il au contraire d'un goître ? L'aiguille aura moins de mobilité dans le parenchyme de la tumeur et par aspiration on ne retirera que quelques gouttes de liquide colloïde, plus souvent encore du sang en abondance. Il est à remarquer que la ponction a été presque toujours suivie d'une hémorrhagie profuse, redoutable par la difficulté que l'on éprouve à pratiquer l'hémostase, par l'aggravation de l'état d'anémie dans lequel peut se trouver le malade, par la possibilité de la pénétration du sang dans les voies respiratoires pendant la nuit. Dangereuse, cette ponction l'est encore parce qu'elle peut apporter des germes septiques dans les tissus de la tumeur et en déterminer l'inflammation. Et puis d'ailleurs cette ponction est inutile. La question importante pour le chirurgien est en effet de reconnaître si la tumeur est maligne ; or il a à sa disposition des signes suffisants pour assurer son diagnostic qui décidera de l'intervention.

VII

TRAITEMENT

De l'étude des différents moyens thérapeutiques utilisés par ceux qui ont observé le goître lingual, il ressort que le traitement médical ne donne aucun résultat appréciable. L'iode intus et extra peut amener

une certaine résolution de la tumeur, mais pour cela son emploi doit être longtemps prolongé de sorte que, outre les accidents d'iodisme qu'elle peut occasionner, cette médication ne satisfait pas le malade qui, s'adressant généralement au médecin seulement lorsque son affection est gênante, demande à être promptement débarrassé.

Les badigeonnages avec des substances irritantes n'ont pas donné non plus d'amélioration notable.

La tumeur n'est donc en réalité justiciable que du traitement chirurgical. Mais un choix doit être fait entre les diverses ressources que possède le chirurgien.

La ponction simple, la ponction suivie d'injections irritantes ou modificatrices de chlorure de zinc, de teinture d'iode, etc., ne produisent pas la régression cherchée. En revanche, elles exposent à une hémorrhagie abondante et à une inflammation d'autant plus regrettable que l'augmentation brusque du volume de la tumeur peut être une complication dangereuse ; par conséquent il faudra les rejeter l'une et l'autre.

Pour ces raisons aussi on ne pratiquera pas la ponction même comme opération préliminaire ; elle ne procure aucun avantage et n'expose qu'à des mécomptes : la tumeur contient-elle réellement du liquide ? L'aspiration en la vidant de son contenu, la transformera en une poche flasque plus difficile à énucléer. De plus en produisant une perte de sang plus ou moins considérable, on ne fait qu'affaiblir le malade et par suite diminuer les chances de mener à bien l'opération principale.

Les cautérisations déterminent tout au plus l'irritation du néoplasme.

L'électrolyse est également un procédé infidèle.

L'incision expose aux mêmes dangers que la ponction.

L'extirpation du goître est donc la ressource à laquelle il faudra recourir par suite de l'inefficacité de tous les autres traitements. Or elle a été faite par l'anse galvanique, par arrachement, par morcellement et toujours ces interventions ont été suivies de récurrence parce que, la tumeur étant extirpée incomplètement, on assistait au développement consécutif de la portion du néoplasme oubliée dans les tissus de la langue. Par conséquent il ne faut pas d'opération parcimonieuse qui n'enlève le mal que d'une façon incomplète, mais une ablation totale des tissus atteints; sinon on court le risque d'une récurrence qui, bien que peu importante en général, peut cependant exiger parfois une nouvelle intervention.

Comme la tumeur est bien délimitée et séparée des tissus qui l'environnent, son ablation consistera dans une simple énucléation. Mais quelle voie suivra-t-on pour l'atteindre ?

On peut arriver sur la base de la langue soit par la cavité buccale, soit par la région sus-hyoïdienne médiane ou latérale, soit encore par une brèche osseuse faite au maxillaire inférieur.

La voie trans-maxillaire donnerait évidemment un large accès sur la tumeur, que l'on fasse la symphyséotomie d'après le procédé de Roux et Sédillot, la section latérale comme Langenbeck ou la résection temporaire du maxillaire (Billroth). Mais ces délabrements aggravent considérablement le pronostic opératoire; ils ne sont nullement en rapport avec la bénignité du néoplasme.

La voie buccale a été utilisée le plus fréquemment. Le manuel opératoire est simple ; la bouche étant bien éclairée, les arcades dentaires maintenues fortement écartées, on attire la langue au dehors soit avec une pince de Museux, soit à l'aide de fils qui la traversent à sa pointe ou à sa partie moyenne. Grâce à cette traction faite avec force, la portion verticale de la langue, propulsée et étalée, permettra à la tumeur qu'elle supporte de se rapprocher des arcades dentaires et de venir se placer entre les incisives. La traction étant alors confiée à un aide, on procède à l'énucléation.

Pour cela, on incise longitudinalement la muqueuse qui recouvre la tumeur en dépassant légèrement ses extrémités. Les veines superficielles saignent abondamment, mais la torsion et la forcipressure ont vite raison de l'hémorrhagie. La muqueuse recouvre immédiatement le tissu strumeux ou en est séparée par une couche musculaire d'épaisseur variable dont on écarte facilement les fibres. Dans l'un et l'autre cas, il est facile de dégager par en haut la tumeur. Avec le doigt, la pointe des ciseaux ou la sonde cannelée, on énuclée le néoplasme, on sectionne ses attaches fibreuses ou vasculaires avec les plans voisins. Cette extirpation généralement facile pourra être complétée par le grattage avec la curette.

Pour obtenir une réunion par première intention, la muqueuse est suturée au catgut après excision de sa portion exubérante ; de cette façon elle pourra exercer une certaine pression sur les plans sous-jacents, ce qui empêchera les hémorrhagies secondaires. D'autre part une mèche de gaze iodoformée laissée dans la plaie, sous

le plan des points de suture, servira à assurer le drainage et à supprimer le suintement hémorrhagique post-opératoire ; elle sera retirée deux ou trois jours après l'opération. On pourra recourir comme pansement de la plaie à un vernis protecteur et antiseptique comme celui de Whitehead par exemple, composé en partie de solution éthérée iodoformique et de térébenthine. Les soins consécutifs consisteront en lavages antiseptiques fréquents de la bouche ; l'alimentation pendant quelques jours sera exclusivement liquide.

La voie sus-hyoïdienne latérale ne donne pour le goître aucun des avantages qu'elle peut présenter dans le cas de tumeurs malignes de la langue, puisqu'on n'a pas à faire l'évidement de la loge sous-maxillaire par suite de l'intégrité des ganglions, puisqu'il est superflu de pratiquer la ligature des artères linguales. Bien plus, l'intervention n'est nullement facilitée par cette voie d'approche et la cicatrice sera plus apparente que sur la ligne médiane.

La voie sus-hyoïdienne médiane mérite donc toutes les faveurs du chirurgien

Mais l'incision menée du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde ne donne pas généralement un jour suffisant pour manœuvrer à l'aise. Il n'en sera plus de même si, à la section des parties molles, on ajoute l'ostéotomie de l'os hyoïde. On utilisera alors la *voie trans-hyoïdienne* imaginée par notre maître, M. Vallas. Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner le manuel opératoire qu'il a exposé dans la *Revue de chirurgie* (10 mai 1900).

« Dans un premier temps on fait l'incision de la peau. Cette incision, médiane et verticale, part du bord posté-

rieur de la symphyse mentonnière et s'arrête à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. La section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané se fait du même coup. Sur la ligne médiane on ne trouve pas de fibres du peaucier. Les vaisseaux sont insignifiants.

Dans un second temps, on procède à la dénudation du corps hyoïdien. L'aponévrose cervicale superficielle étant incisée, on sépare au bistouri ou avec la sonde cannelée le muscle mylo-hyoïdien en deux parties latérales, de façon à dégager le bord supérieur de l'hyoïde sur la ligne médiane où doit porter la section. Une ou deux artérioles peuvent saigner à ce moment. Il n'y a pas à se préoccuper du bord inférieur qui est libre.

L'hyoïde, bien visible au fond de la plaie, est alors sectionné, dans un troisième temps. L'ostéotomie se fait très facilement avec une simple cisaille de Liston. Quand elle est terminée, les deux moitiés s'écartent légèrement l'une de l'autre, entraînant avec elles les fibres du mylo-hyoïdien dont la séparation en deux parties s'accuse légèrement. En plaçant sur chaque lèvre un écarteur, on accentue l'écartement, qui peut facilement être porté à 4 centimètres ».

On aura de cette façon un vaste champ opératoire. On se dirige en haut et l'on pénètre immédiatement dans la base de la langue. La tumeur est rendue visible et on l'énuclée facilement.

L'opération terminée, sans qu'il soit besoin de pratiquer la suture osseuse, on ferme la plaie en plaçant un drain à la partie la plus déclive. La cicatrisation est rapide, les deux moitiés de l'os hyoïde se réunissent par un cal très résistant.

Cette opération, qui paraît dangereuse au premier abord, est en réalité très simple et ne présente aucun inconvénient ni immédiat, ni éloigné. Deux fois elle a été pratiquée pour goître lingual (cas de Gallish et de Vallas) et deux fois elle a été suivie de guérison absolue et à brève échéance.

La trachéotomie préalable avec la canule tampon de Trendelenburg a été faite plusieurs fois afin d'empêcher le sang de pénétrer dans les voies respiratoires, et de permettre le tamponnement aseptique du pharynx; elle est inutile car il est facile de se rendre maître de l'hémorrhagie et de fréquents lavages de la bouche assurent suffisamment l'asepsie sans qu'il soit besoin de compliquer l'opération par la trachéotomie.

Si nous comparons maintenant les deux procédés que nous venons d'exposer, on pourra tirer les conclusions suivantes : Chacun a ses avantages et ses inconvénients : le premier est le plus simple, il évite une cicatrice, ce qui doit être pris en considération surtout lorsqu'il s'agit d'une femme; mais le chirurgien est gêné par les arcades dentaires au cours de son intervention. Par la voie trans-hyoïdienne, on arrive facilement sur la tumeur, l'anesthésie n'est pas entravée et, par suite de la situation de la plaie, le drainage peut se faire facilement. Mais l'intervention laisse une trace sur la partie antérieure du cou. Il est vrai qu'avec une asepsie complète on peut obtenir une cicatrice à peine visible qui, en outre, se cache sous la saillie du menton.

Les deux méthodes en somme se valent. Mais elles ont des indications différentes. Le goître est-il peu volumineux, fait-il saillie surtout à la surface de la langue, très

en avant de l'épiglotte? on utilisera la voie buccale. L'intervention par la voie trans-hyoïdienne reconnaîtra au contraire comme indication le volume considérable du néoplasme qui, situé profondément dans les tissus de la racine de la langue, est facilement accessible dans la région sous-mentonnaire.

Quant aux complications des interventions sur le goître, elles sont peu importantes.

On ne craindra pas la suppuration si toutes les précautions antiseptiques sont prises pendant l'acte opératoire.

L'hémorrhagie est un accident peu redoutable.

La dysphagie souvent très marquée pendant les premières heures qui suivent l'opération disparaît au bout de deux à trois jours.

Il est un accident assez curieux qui a été observé deux fois (cas de Seldowitsch et de Kocher). C'est l'apparition d'un myxœdème après l'extirpation de la tumeur. Il s'explique par la suppression de la fonction remplie par la glande linguale, le corps thyroïde étant absent. Ce fait indique donc que, avant d'opérer une tumeur qui aura été diagnostiquée goître lingual, il faudra se rendre compte si le corps thyroïde existe en avant du cou. Si son absence est constatée, on n'enlèvera le néoplasme que partiellement afin d'éviter les accidents de la cachexie strumipriva. Celle-ci se manifeste-t-elle, on instituera le traitement thyroïdien.

FIN.

CONCLUSIONS

I. Le goître lingual est une tumeur de la base de la langue dont le siège anatomique est la glande thyroïde accessoire découverte par Verneuil dans les tissus de l'organe, glande dont le développement est en rapport avec celui du canal thyroïdologique.

II. Il présente toutes les formes du goître ordinaire, mais principalement les variétés folliculaire et colloïde.

III. Il se rencontre presque exclusivement dans le sexe féminin, surtout entre quinze et quarante ans. C'est une tumeur régulière, lisse, élastique, indolente, recouverte d'une muqueuse très vascularisée et jamais ulcérée. Son évolution est lente et c'est seulement tardivement qu'apparaît une gêne appréciable de la déglutition et de la phonation. Jamais elle ne détermine d'engorgement ganglionnaire ni d'altération de l'état général.

IV. Son diagnostic est facile. Seul le kyste de la base de la langue présente une symptomatologie comparable ; il s'en distingue cependant par l'absence de fluctuation et la présence à sa surface de veines nombreuses et volumineuses, source d'hémorrhagies fréquentes.

V. L'extirpation totale de la tumeur est la seule opération radicale. On utilisera, suivant le cas, la voie buccale ou la voie transhyoïdienne.

Le Président de la Thèse,

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 Novembre 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BOCHDALECK. — *Ueber das foramen cecum der Zunge*, Oesterreich zeitschrift für prakt Heilkunde, Vienne 1866, tome XII.

— *Nachtrag zum Schlang formigen Apparat der Zunge*, Archiv. f. Anat. u Phys. V. Reichert's u Du Bois-Raymond's 1867, p. 775.

CHEMIN. — *Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane*, thèse de Bordeaux 1895-96.

GRUBER. — *Ueber die glandula thyroidea accessoria*, Virchow's Archiv. Bd LXVI, p. 447-454.

HIS. — *Anatomie Menschlicher Embryonen*, Leipzig, 1880-85.

Der tractus thyreoglossus und seine Beziehungen zum Zungenbein Archiv. fur Anat. u Phys., 1891, p. 30.

KADYI. — *Ueber accessorische Schilddrüsenlappchen in zungenbein, gegen*, Archiv. f. Anat. u Phys. 1879, p. 312.

KANTHAK. — *The Thyreoglossal duct*, Journal of Anatomy, janvier 1891.

MARSHALL. — *Conduit thyroglossique*, Journal of Anatomy, octobre 1891.

MERTEN. — *Historisches über die Entdeckung der glandula supra-hyoidea*, Archiv. f. Anat. u Phys., 1879, p. 483.

STRECKEISEN. — *Beiträge zur morphologie der Schilddrüse*, Archiv. fur Path. An. u Phys. CIII, Heft 1, p. 131, et Heft 2, p. 215, 1888.

VERNEUIL. — *Tumeur glandulaire isolée à la partie moyenne de l'os hyoide*, Archives générales de médecine, 1833, p. 464.

ZUKERKANDL. — *Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der regio suprahyoidea*, Stuttgart, 1879.

LYON. — IMPRIMERIE PERRELLON
